

DEMANDA JUDICIAL BARRY VS. LYON

**SOLICITUD DE AUDIENCIA  
PARA BENEFICIOS DE ASISTENCIA EN EFECTIVO  
o CUIDADO DE NIÑOS (SDA, FIP, RAP o CDC)**

Complete toda la información. Escriba claro en letra de molde. (\*Indica un campo obligatorio.)

- Si la información pre-impresa no es correcta, sírvase escribir la información corregida.
- Asegúrese de FIRMAR EL FORMULARIO y guardar una copia del mismo con la fecha que lo envió por correo.
- Envíe por correo a: Michigan Department of Health and Human Services  
Barry Lawsuit Processing Unit  
PO Box 30784  
Lansing MI 48909-9561

Si recibió este formulario con una carta dirigida a usted, use el sobre adjunto, con la dirección impresa y franqueo pagado.

**SECCIÓN 1 – Persona que Solicita la Audiencia**

*Primer Nombre		*Inicial del Seg. Nombre		*Apellido		Núm. de teléfono (     )     -	
Núm. de Caso del MDHHS (si se conoce)		Fecha de Nacimiento (M, D, Año)		Número de Seguro Social XXX-XX-			
*Dirección o Apartado Postal		*Ciudad		*Condado		*Estado	*Código Postal
Dirección de Correo Electrónico				¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?			
<p>Recibí un aviso denegando o cortando mis beneficios debido a una “descalificación de justicia penal.” Solicito una audiencia sobre dicha denegación o terminación. Los beneficios que perdí fueron (marque todo lo que corresponda):</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Asistencia en Efectivo (FIP, SDA o RAP)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC)</b></p> <p>Considero que las medidas del MDHHS fueron incorrectas e ilegales.</p>							

**SECCIÓN 2 – Representación**

¿Alguien acordó representarle en la audiencia? <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> (De ser SÍ, haga que la persona complete y firme la sección 3)
--

**SECCIÓN 3 – Información del Representante Autorizado para la Audiencia:**

Nombre del Representante			Núm. de Teléfono del Representante (     )     -		
Dirección (Núm. y Calle, Núm. de Apartamento)			Firma del Representante		Fecha de Firma
Ciudad	Estado	Código postal			

Mi firma significa que la información en este formulario es verdadera.

*Firma	*Fecha
--------	--------

**Guarde una copia de este formulario para sus registros. Escriba en su copia la fecha en que envió por correo este formulario.**

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de MDHHS en su área.